Escobar (A)

ESTUDIO

SOBRE LOS

ESTRECHAMIENTOS ESOFAGIANOS

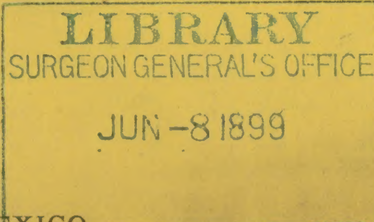
POR

ALBERTO ESCOBAR

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MEXICO

MIEMBRO DE LA ASOCIACION "MEDICO-QUIRURGICA LARREY," Y DE LA ASOCIACION METODOFILA "GABINO BARREDA."




LIBRARY
SURGEON GENERAL'S OFFICE
JUN-8 1899

MEXICO

IMPRENTA DEL COMERCIO, DE DUBLAN Y CHAVEZ
CALLE DE CORDOBANES NUM. 8

1877

Sr. Dr. José M. Bandera.

ESTUDIO

SOBRE LOS

ESTRECHAMIENTOS ESOFAGIANOS

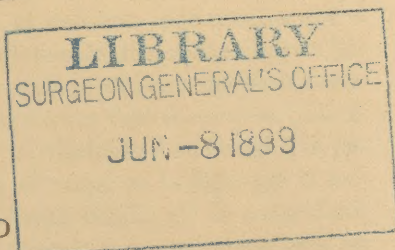
POR

ALBERTO ESCOBAR

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MEXICO

MIEMBRO DE LA ASOCIACION "MEDICO-QUIRURGICA LARREY," Y DE LA ASOCIACION METODOFILA "GABINO BARREDA."




LIBRARY
SURGEON GENERAL'S OFFICE
JUN -8 1899

MEXICO

IMPRENTA DEL COMERCIO, DE DUBLAN Y CHAVEZ

CALLE DE CORDOBANES NUM. 8

1877

Al Sr. Dr. José M. Bandera, recuerdo de su afmo. amigo

El Autor

Uno de los requisitos necesarios para obtener el título de Médico en nuestra Facultad, es la presentacion de un trabajo escrito al que el uso ha dado el nombre de Tésis. No es ciertamente este el lugar á propósito para discutir la bondad ó utilidad de esta prescripcion, ni tampoco la conveniencia de llamar de esa manera á trabajos que en su mayor parte están léjos de serlo, aunque sin dejar, por esto, de llenar la prescripcion; buena ó mala la ley que eso previene, á mí solo me toca obedecerla, y en esa inteligencia presento hoy este trabajo, que no tiene ciertamente la pretension de llamarse Tésis. Sentado el por qué de este escrito, bueno será explicar el por qué del asunto. La parte de la Patología que más ávidamente se lee, cuando se está bien penetrado del deber de Médico, es la relativa á los medios que poseemos para modificar ó detener la marcha de un estado morboso determinado, puesto que es este el cartabon con el cual el vulgo va á medir nuestros conocimientos. En efecto, qué importa al enfermo, por mucho que á la ciencia le interese, que nuestros medios de diagnóstico hayan llegado á la perfeccion en que hoy se encuentran; que nuestros conocimientos en etiología y patogénia sean tan vastos como se quiera, si somos impotentes para volver el movimiento á su brazo ó la palabra á su lengua; qué importa que al vulgo se le diga que el médico no es actualmente mas que el ángel tutelar de la naturaleza, pronto á corregir el menor de sus yerros, si en su mente está invertida esta verdad. Sin ninguna duda, nuestra falta de medios curativos eficaces es en gran parte el orígen de la poca fé de nuestros

enfermos; pero por más que sea doloroso el decirlo, hay todavía otro motivo, á mi modo de ver, más poderoso. Anexa á la Terapéutica é íntimamente ligada á ella hay una ciencia (?) tal vez la más difícil de todas las ciencias médicas, de cuyo conocimiento depende el mayor número de veces el éxito ó el fracaso: esta es la ciencia de las indicaciones. Por numeroso que se suponga nuestro arsenal terapéutico; por profundo que sea nuestro conocimiento de las propiedades de las sustancias que empleamos, nada se habria adelantado si no se conociera el momento oportuno de su aplicacion. Que se suponga, por el contrario, este arsenal menor de lo que hoy es, pero que conozcamos las indicaciones de todos y cada uno de los medios que encierra, y se tendrán mayores beneficios de los que actualmente sacamos de él.

Así, pues, el conocimiento perfecto del valor y oportunidad de cada uno de los medios curativos de que hoy disponemos es la única manera de tener la seguridad, al aplicarlos, de realizar los efectos deseados.

En la terapéutica quirúrgica, como es sabido, abundan los medios de tratamiento, y es, por cierto, difícil las más veces, decidirse por uno cualquiera. Esta dificultad, nacida de la gran variedad que presentan las individualidades morbosas, es muchas veces aumentada por la vanidad de los autores de los procedimientos operatorios, que los conduce, casi siempre de buena fé, á recomendar su procedimiento como el que mejor llenaria las indicaciones en casos análogos á aquel para el que fué inventado. Los autores de cirujía y medicina operatoria, en todo ó en parte, simples compiladores, nunca dejan tambien de hacer resaltar la bondad de aquellos métodos que les pertenecen, viéndose el que los consulta para un caso determinado, en posesion de cinco ó seis modos operatorios igualmente recomendados por su sencillez y resultados. ¿Cómo, pues, decidirse en un caso determinado? De el conocimiento exacto del estado morboso que se tiene á la vista, se desprende la indicacion y la manera teórica de llenarla; resta solamente llevar esta última á la práctica, y para esto analizar cada uno de los medios que se poseen para poder encontrar aquel que realice nuestros deseos, ó lo que es lo mismo, llene mejor la indicacion.

Estas cortas reflexiones, hijas de la lectura de los medios que po-

seemos para remediar los estrechamientos del esófago, ha hecho nacer en mí la idea de apreciarlos de una manera á la vez teórica y práctica, esperando llegar de este modo á conclusiones ciertas é independientes de aquellas circunstancias que, como habilidad del cirujano ú otra, influyen de una manera notable en los resultados, sin que siempre nos sea dado el disponer de ellas.

Paso á intentar este estudio, esperando, si logro mi objeto, será útil á los que, como yo, no abrigan la esperanza de ser una notabilidad en cirujía.

Se dice que un canal ó un conducto está estrechado siempre que por un motivo cualesquiera su calibre haya disminuido.

Bajo el punto de vista de las consecuencias de este estado, poco nos importan las denominaciones de *congénito* ó *adquirido*, *sifilítico*, *traumático*, etc., debiendo solamente dividirlos en completos é incompletos, puesto que no es nuestro ánimo entrar en consideraciones respecto á la naturaleza de los estrechamientos, ni mucho ménos, á la marcha inherente á los estados morbosos que les han dado orígen. Entenderemos por estrechamiento completo aquel que llenando enteramente la luz del conducto esofagiano, no permita el paso á ninguna sustancia sólida ó líquida; é incompletos, á aquellos que tan solo han disminuido el calibre del conducto, permitiendo con más ó ménos dificultad, el paso de dichas sustancias.

Las perturbaciones consecutivas á la primera clase de estrechamientos, son fáciles de preverse. La falta completa de alimentacion por las vías naturales, debe traer, y trae de hecho, un enorme desequilibrio entre la asimilacion y desasimilacion, cuyo último término es la muerte por inanicion. Esta es precisa y fatalmente la terminacion de todo enfermo atacado de un estrechamiento completo y persistente del esófago; en cuanto á los completos y temporales, fácil es juzgar que si su duracion es larga, sus resultados se confunden con las anteriores, y si corta, sus efectos sobre la nutricion serán proporcionales á aquella. Esta última clase de estrechamientos son los ménos frecuentes, y cuando existen, son á veces tan solo síntomas de una afeccion más terrible (rabia, tétanos), ó de estados morbosos más dominables (histeria).

Antes de hablar de los estrechamientos incompletos, bueno será recordar que estando la mayor parte constituidos por tejido inodular, tienden constantemente á aumentar, llegando cuando se abandonan á sí mismos á formar estrechamientos completos, y que cuando no es el tejido cicatricial el que trae esta diminucion de calibre, ya esté la causa de la coartacion fuera ó en el esófago mismo, el acto de la deglucion es siempre penosísima para el enfermo, resultando de esto la repugnancia á este acto y consecutivamente la diminucion en la racion alimenticia.

Esto advertido, diremos que en las estrecheces incompletas, temporales ó persistentes, el desequilibrio nutritivo que hemos dicho, se produce en las completas, existe aquí, aunque en ménor escala, y si casi siempre pasa desapercibido y nunca ó casi nunca trae por sí solo la muerte, esto es debido á que la causa que le ha producido, basta las más veces para explicar el rápido agotamiento y la terminacion fatal del enfermo.

Una sola, pero terrible consecuencia, trae, pues, consigo toda diminucion en el calibre del conducto esofagiano: la diminucion ó ausencia de la deglucion.

¿Cuál será en todo caso la indicacion que habrá que llenar cuando se esté en presencia de un estrechamiento esofagiano? ¿Qué se debe hacer siempre que una funcion importante para la vida se encuentra impedida? Lo que el más ligero exámen de la cuestion aconsejaria, lo que desgraciadamente no siempre es posible: restablecer la funcion. Vemos todos los dias producirse en nuestros tejidos una isquemia, y por consiguiente una falta de nutricion, en un territorio celular cualquiera (embólia), y producirse con más ó ménos rapidez, una nueva circulacion encargada de restablecer la funcion abolida; poseemos multitud de ejemplos de órganos pares, en que suprimida la funcion en uno de ellos, aumenta en el otro. Esto, por sí solo, seria suficiente para indicarnos que restablecer y pronto, debe ser el objeto á que se dirijan nuestros esfuerzos.

Puesto que como hemos visto el orígen de las perturbaciones que traen consigo los estrechamientos esofagianos, es puramente mecánico, si logramos quitar el obstáculo que impide el paso de las sustancias alimenticias; si conseguimos volver al esófago su calibre primitivo, habremos conseguido el objeto que nos proponemos. Pe-

ro es esto siempre posible? Solo el exámen de la naturaleza del estrechamiento, puede en cada caso particular responder á esta cuestion; así, pues, indiquemos en pocas palabras á qué pueden ser debidos.

La causa de un estrechamiento del esófago, puede residir en el conducto mismo ó en su vecindad, y en uno ú otro caso ser debidas á una afeccion puramente local (heridas, aneurisma), ó á una manifestacion local de un estado general (cáncer). Enumerar aquí todos y cada uno de los productos morbosos que pueden tomar nacimiento en los tejidos que rodean al esófago y que causan los falsos estrechamientos, seria ocioso; por consiguiente, solo diremos que el tratamiento instituido en vista de la lesion que lo ha producido, basta algunas veces para hacerlo desaparecer, y que cuando esto no se logra es ó porque el esófago se ha alterado consecutivamente, ó porque la lesion se halla fuera de nuestro alcance (dos tercias inferiores).

De los estrechamientos debidos á estados morbosos del esófago mismo y de causa general, unos carecen de lesion material, ya en el conducto, ya en su vecindad (Epilepsía, Tétanos), y otras la tienen como una manifestacion de dicho estado.

Cuando se presenta uno de los que hemos mencionado en primer lugar, la terapéutica de la enfermedad que le ha dado nacimiento, hace desaparecer casi siempre el estrechamiento; no sucede lo mismo con los del segundo caso.

En todos los tratados de medicina ó cirujía, en la parte consagrada á los estrechamientos del esófago, se dice que los de orígen *sifilítico* ceden á las mercuriales ó al ioduro de potasio; esto es un error, puesto que no es la lesion sifilítica la que trae el estrechamiento, sino el tejido cicatricial ó las adherencias anormales que deja tras de sí, y el tejido cicatricial, uno mismo en todos los casos, no tiene ciertamente nada de sifilítico, ni es verdad que cese de retraerse por dicho tratamiento. Así, pues, solo como un medio profiláctico puede y debe aconsejarse el uso de esas preparaciones. Lo anterior seria igualmente aplicable á otras alteraciones locales, teniendo su orígen en un vicio constitucional, si conociéramos, como para la sífilis, el específico.

Los estrechamientos de causa exclusivamente local, son cierta-

mente los más frecuentes, y entre éstos los consecutivos á la ingestion de bebidas cáusticas, ya por su naturaleza, ya por su temperatura. En un órden menor de frecuencia tenemos las debidas á una neoplásia ó á una degeneracion.

Reasumiendo, diremos que existen estrechamientos capaces de ceder á un tratamiento médico, sean cualesquiera el lugar y grado en que se encuentren (esofagítis, histeria, etc.), otros que se previenen por ese medio (sífilis), y otros, en los cuales es impotente. Véamos qué puede la cirujía contra estos últimos.

Hemos visto que la causa de la coartacion puede existir fuera del conducto, y en este caso es indispensable para la aplicacion de nuestros medios quirúrgicos que se encuentre en un lugar donde nos sea posible llevarlos; así, siempre que se encuentre abajo del plano horizontal que pase por ambas clavículas, nos es imposible obrar sobre él directamente. Es más sencillo el caso en que el estrechamiento se encuentre en el conducto mismo, porque á la posibilidad de obrar por él, reunimos la experiencia adquirida en casos análogos y de mayor frecuencia (estrechamientos uretrales).

Cuando el orígen del estrechamiento está fuera del esófago y arriba de las clavículas, los procedimientos son los generales con las modificaciones inherentes á la region en que se opera; no nos ocuparemos, pues, de ellos.

Véamos qué conducta debe seguirse cuando la coartacion está en el conducto mismo.

Sea cualquiera el orígen de un estrechamiento, casi constantemente está constituido, ya en parte, ya en todo, por tejido inodular, cuya fatal tendencia á retraerse, hace cada dia más y más urgente la intervencion; destruir éste ó destruir su propiedad retractil, debe ser nuestro objeto. Sabemos que todo cuerpo elástico deja de serlo siempre que se sobrepase su *coeficiente de elasticidad;* principio físico que ha dado orígen á uno de los procedimientos más antiguos: la *dilatacion.* Al hablar de ésta, los autores de cirujía la dividen en *gradual* ó *progresiva* y *brusca.* Si por dilatacion se quiere dar á entender el aumento de calibre del esófago, ya se obre sobre el tejido sano ó enfermo, haya ó no ruptura de sus paredes, concibo el que la halle brusca; pero si, lo que debe ser, se entiende por dilatacion el aumento de calibre del esófago sin solucion de continuidad en

sus tejidos, no se ve cómo puede haber otra que la gradual ó progresiva; pero puesto que el procedimiento existe y es fuerza clasificarlo, creo, como veremos más adelante, que pertenece á la esofagatomía interna.

La dilatacion gradual consiste esencialmente en la interposicion, en las partes que se estrechan, de cuerpos extraños de forma adecuada, y cuyo espesor se va aumentando progresivamente hasta lograr el objeto. Hemos dicho que es uno de los procedimientos más empleados y del que se dice haber obtenido siempre buenos resultados: hay motivo, sin embargo, para temer que se haya calificado este método con ligereza. ¿Quién podrá negar, en efecto, la semejanza entre los estrechamientos del esófago y los de la uretra, y quién no ha visto individuos portadores de uno de estos últimos, tratados con una eficacia suma por la dilatacion, y declarados sanos por el cirujano, volver al año ó despues con su estrechamiento más avanzado? Por otra parte, no se tiene siempre la seguridad de obrar exclusivamente sobre el tejido nuevo, pues no todos los estrechamientos están constituidos por anillos completos de tejido cicatricial, y así, fuera de este caso, el cuerpo dilatante, situado entre tejidos de diversa resistencia, hará ceder siempre á aquel que la presente menor, es decir, el tejido sano. Tal vez se me diga que el resultado, siendo el mismo, poco importa que sea este ó aquel tejido el que ceda; ¿pero se impedirá por esto, que más tarde vuelva á aparecer la estrechez cuando se deja obrando la causa? No es posible dudar de la buena fé de hombres como Trousseau y Switzer, pero hay que creer que no volvieron á ver á sus enfermos. Creo que la dilatacion (gradual de los autores) es un medio de curacion temporal en los estrechamientos de naturaleza cicatricial, de curacion definitiva en los llamados mucosos y de ninguna ventaja en los devididos á neoplasias malignas.

Pasemos á los medios que consisten en destruir el estrechamiento. Desde luego se puede decir que en aquellos que están constituidos por tumores malignos, toda operacion que no tienda á quitar la totalidad del tejido nuevo, es más nociva que útil. Se sabe en efecto la gran cantidad de vasos que tienen la mayor parte, la tendencia á la ulceracion que casi todos poseen y lo peligroso que seria el ir á provocar una hemorragia en un lugar donde difícil-

mente podriamos remediarla. Estas consideraciones parecen haber estado presentes al espíritu de los que han intentado la destruccion de los estrechamientos esofagianos, pues casi todos han aplicado este medio tan solo á aquellos que están constituidos por tejido cicatricial.

Dos son las maneras que se poseen para hacer esa destruccion: el instrumento cortante y los cáusticos. El primero no es otra cosa que la aplicacion al esófago de lo que hace tiempo se viene aconsejando en las deformidades cicatriciales; una cicatriz por su propiedad retractil, ha estrechado la comisura labial, ha invertido el párpado inferior, ha producido la flexion permanente de uno ó más dedos, etc.; el remedio es siempre el mismo, dividir la cicatriz en una direccion perpendicular á aquella en que se ejerce su fuerza retractil, dar á las partes la posicion que deben guardar al estado normal, y esperar que esta nueva herida cierre por supuracion. Estas condiciones son realizadas en el esófago por dos medios, que han recibido los nombres de esofagotomía interna y externa, segun que se opere por dentro ó por fuera del conducto.

El segundo modo que hemos dicho se aconseja, es la cauterizacion: véamos qué podemos racionalmente esperar de este medio. Admitida la posibilidad de determinar el lugar del estrechamiento, todavía queda la dificultad de conocer sus dimensiones, lo que como se comprende fácilmente, es necesario en todos los casos é indispensable cuando se trata de un estrechamiento de naturaleza maligna; además de no poder llevar el cáustico tan solo á las partes necesarias, debemos tener en cuenta las cicatrices consecutivas á su empleo. Sabemos que en la uretra, cuya analogía con el esófago es tan grande, las inflamaciones tratadas por las inyecciones con líquidos cateréticos, son las que suministran el mayor número de estrechamientos; así este medio no seria sino una nueva causa añadida á las que ya existen para estrechar el conducto. En la uretra, cuyas coartaciones tenemos más frecuentemente la facilidad de ver, está hoy completamente abandonado este método.

Volvamos á la esofagotomía. La interna hemos dicho tiene por objeto la division de la estrechez, obrando por el conducto esofagiano. Pocos son los casos en que se ha practicado este procedimiento (Maissonneuve, Lanelongue y Trelat), del cual todo hace es-

perar se obtendrán buenos resultados; su semejanza con la uretrotomía interna, la clase de estrechamientos (cicatriciales) á que más particularmente ha sido aplicado, etc., hacen prever la supremacía que en breve tendrá este medio sobre todos los otros. Al lado de este último modo de tratamiento, es en mi concepto donde debe colocarse la llamada dilatacion brusca; en efecto, ¿quién no ve la gran analogía, la extremada semejanza, entre este procedimiento y la *divulsion* ó el cateterismo forzado en las coartaciones uretrales? en todos el objeto es el mismo, variando tan solo el instrumento de que se hace uso; en todas, lo que se propone el que lo aplica, es hacer la seccion del estrechamiento con un instrumento romo. Prescindamos de los peligros que pueda traer consigo, y examinemos su posibilidad con los instrumentos actuales. Tomemos por tipo el instrumento de Demarquay, considerado como el más á propósito, y véamos sus ventajas ó inconvenientes. Consiste en una pinza de tres ramas curvas, obrando por su separacion, y cuyo punto de union, como debia esperarse, está situado más cerca del lugar donde se coloca la mano del operador, que de aquel por donde obra sobre el estrechamiento; es, en suma, una palanca del primer género, en la que el brazo de la potencia es menor que el de la resistencia, es decir, una de las más desventajosas. Añádase á esto la necesidad de dar á las ramas del instrumento una rigidez tal, que no sufran flexion ó encurvacion ninguna, y se tendrán los inconvenientes del instrumento hasta hoy mejor imaginado para una operacion, que salvo en las estrecheces espasmódicas, y para éstas hay otros recursos, es más que peligrosa.

La esofagotomía externa más practicada, á causa de la extraccion de cuerpos extraños, se puede hacer en el lugar mismo de la coartacion para destruirla, inmediatamente arriba para dilatar un estrechamiento, ó inmediatamente abajo para alimentar al enfermo. Mas sea cual fuere de estos tres lugares el que se escoja, es uno el manual operatorio y unas mismas las dificultades para llegar al esófago; así pues, á su debido tiempo trataremos de apreciar esta operacion.

Los tres medios curativos que acabamos de estudiar, son como hemos dicho, aplicables á los estrechamientos incompletos; investiguemos qué podemos hacer en caso de estrechez completa é infranqueable.

Como dijimos anteriormente, todos los esfuerzos del cirujano deben dirigirse á proporcionar al enfermo la alimentacion que le es imposible tomar por las vías naturales, lo que equivale á decir que la indicacion práctica en estos casos es alimentar; y para esto la idea teórica más á propósito, tratándose de una funcion imposible de suplirse por otro órgano, seria abrir inmediatamente abajo y alimentar por esta nueva vía al enfermo; mas esto, como se sabe, no es posible en todo el trayecto del esófago, y de aquí la division en estrechamientos supraclaviculares é infraclaviculares, segun que existan en un lugar donde podamos obrar sobre aquel órgano ó no. En aquellos situados en un lugar donde no nos es posible alcanzar el esófago, la teoría nos dice tambien que podemos atacar al estómago, puesto que realmente no privamos á los alimentos, por este medio, de ninguna secrecion importante para la digestion. De estas dos operaciones, abertura del estómago y del esófago, la segunda ha recibido de Sedillot el nombre de Gastrostomía, de dos palabras griegas que significan boca estomacal, y la primera, por las mismas buenas razones, podrá llamarse esofagastomía. No es en verdad este el nombre con que se designa esta última operacion; pero yo lo seguiré empleando aquí, para recordar constantemente que se trata del establecimiento de una fístula, con el objeto de alimentar, no haciendo uso de la palabra esofagotomía que indistintamente se ha aplicado hasta hoy á la incision del esófago, sea cualquiera el objeto que uno se proponga.

Hoy se está casi unánime en aplicar la Esofogastonomía á aquellas coartaciones que tienen su sitio en la porcion supraclavicular y reservar la Gastrostomía para aquellas colocadas abajo de las clavículas; pero ántes de adoptar una regla tan general, examinemos cuáles son los peligros á que nos exponemos por la region donde se opera, cuáles de estos podemos dominar más fácilmente y véamos si la práctica confirma nuestras esperanzas ó temores.

Recordemos rápidamente las disposiciones anatómicas de las regiones donde se practican estas dos operaciones.

"La region subhioidea tiene por límites, á fuera, los músculos esternomastoideos, las arterias carótidas, las venas yugulares y los nervios mumogístrico y gran simpático; arriba está limitada por el hueso hioides y la base de la lengua; abajo por el borde superior del

esternon y la abertura que conduce á los mediástinos; en fin, reposa sobre la columna vertebral de la que no está separada sino por los músculos largos del cuello, á los cuales está unida por un tejido celular muy flojo, que permite una gran movilidad lateralmente y de abajo á arriba al conjunto de elementos que la constituyen."

"Estos elementos son la laringe, la tráquea y la glándula tiroides adelante, el esófago atrás, todos los músculos que cubren y rodean estos órganos y los vasos y nervios que se distribuyen ahí."

"La piel que la cubre es fina, muy sensible, no se cubre nunca de pelo y desliza muy fácilmente sobre las partes subyacentes."

"La capa subcutánea es laminosa y se descompone sobre las partes laterales en dos hojas, entre las cuales se encuentra el cutáneo."

"Abajo se encuentra un apeneurosis, llamado cervical superficial, continuacion del de la region anterior (suprahioidea), y que como aquel presenta grandes diferencias segun los individuos y los sexos: poco notable en la mujer, es muy fuerte y resistente en los hombres fuertemente musculados y un poco delgados. Simple superiormente y sobre la línea media, cubre entre sus hojas los músculos esternomastoideos, y se inserta inferiormente en el borde superior del esternon y de las clavículas."

"Quitado el apeneurosis se descubre la laringe y la tráquea; esta última está en parte cubierta por los músculos esterno y tirohioideos y por el tiroides."

....

....

"El escápulo hioideo ú omohioideo, insertado al hueso hioides y sobre el mismo plano que él, pasa abajo del esternomostoideo que cruza en ángulo agudo para dirigirse á la region supraclavicular. Por consecuencia de esta direccion oblícua á fuera, este pequeño músculo divide la region subhioidea sobre los lados en dos triángulos secundarios, sobre los cuales el profesor Velpeau ha llamado la atencion de los anatómicos, uno superior que se designa con el nombre de omohioideo y el otro inferior que se designa con el nombre de omotraqueal."

"El triángulo inferior, más extenso que el superior, está limitado por el escapulohioideo arriba y á fuera, por el esternomastoideo abajo y á fuera, y por la tráquea adentro. Se ven ahí los músculos es-

ternotiroideo y hoideo, las arterias teroideas superior é inferior, el plexus descendente del grande hipogloso, las caras laterales del cartílago cricoides y de la tráquea, el esófago, á la izquierda solamente, y en fin, el nervio recurrente."

"Yo no puedo admitir con Velpeau, que la carótida, y ménos la vertebral y la vena yugular interna, que están completamente cubiertas por el músculo esternomastoideo, puedan considerarse como formando parte de la region, sino es del todo abajo, donde la carótida derecha, cruzando la tráquea detras del esternon, contrae con ella relaciones de la mayor importancia.' (Richet. Traité practique d'anatomie medico-chirurgicale. Quatriéme édition). Véamos ahora las relaciones del esófago.

"El esófago que sigue á la laringe, ocupa la parte superior de la region (subhioidea), separa el conducto laringe traqueal de la parte anterior de los cuerpos vertebrales, de los que está separado por los músculos gran recto y largo del cuello. Su orificio superior corresponde adelante al cartílago cricoides, atrás al cuerpo de la quinta vertebra cervical y no de la cuarta, como lo dice Valpeau; está cerrado por un verdadero anillo musculoso que se inserta al cartílago cricoides, del que sigue todos los movimientos, y al que Chaussier habia dado el nombre de cricoesofagiano. Es muy difícil, por no decir imposible, aun cuando lo diga Follin, el alcanzar este orificio con el dedo, en el vivo, y sobre el cadáver se logra con trabajo; todos los cirujanos saben, en efecto, que no es siempre posible explorar los repliegues aritenoepiglóticos, situados sin embargo mucho más arriba y adelante. De aquí se sigue, como lo he dicho ántes, que no se debe esperar poder conducir la sonda sobre el dedo hasta la entrada del canal, ni reconocer por el tacto los cuerpos extraños que se detienen en ese lugar."

"Primero colocado sobre la línea média é inmediatamente detras de la laringe y de la tráquea, el esófago se dirige lateralmente á la izquierda, donde se pone en relacion con la carótida primitiva izquierda y el nervio recurrente, despues se sumerge en la parte posterior del mediastino, siguiendo la inflexion que forma la columna vertebral atras." (Loc. cit.)

De las consideraciones anatómicas precedentes, se desprende desde luego la habilidad y precision que se necesitan para operar en

una region tan cargada de órganos que es indispensable respetar, la dificultad nacida del pequeñísimo espacio en donde más fácilmente se podria operar sin riesgo de herir los numerosos vasos y nervios que surcan la region, lo difícil que es reconocer el esófago en una herida profunda y de pequeña longitud, y todo esto suponiendo que se haya podido resolver donde concluye la estrechez. Pero hay más todavía; las heridas del cuello por sí solas están llenas de peligros, que si bien algunos como la entrada del aire en las venas, pueden evitarse con un poco de cuidado por parte del cirujano, hay otros con los cuales no sucede lo mismo. Las disposiciones que guardan los aponevrosis del cuello, establecen una marcada diferencia entre la marcha que sigue la supuracion segun que ésta sea superficial ó profunda.

"Todo el mundo sabe hoy que las aponevrosis más resistentes no son siempre barreras infranqueables para el pus, y por otra parte, no se ignora que las inflamaciones no tienen necesidad de membranas fibrosas para limitarse. Es preciso confesar sin embargo que una coleccion purulenta situada abajo de la aponevrosis cervical superficial, por ejemplo, tiene más trabajo en llegar al exterior que cuando está colocada bajo la piel; es preciso admitir tambien que el pus sigue más bien una direccion que otra, y que pasa, por ejemplo, con una gran facilidad de la region esternomastoidea profunda en el hueco supraclavicular, y recíprocamente, lo que no puede explicarse sino por la resistencia que le ofrecen los planos musculo-aponevróticos, resistencia que obliga á los líquidos á seguir las tramas celulosas."

"Así es que cuando la supuracion se ha desarrollado en las regiones profundas, entre el aponevrosis omoclavicular y las vainas traqueales y carotideas, tiene una gran tendencia á descender al pecho, siguiendo la tráquea, el esófago y los vasos, tanto más, cuanto que es, por decirlo así, solicitado por la gravedad." (Loc. cit.)

Existe, pues, la posibilidad de la huida del pus al mediastino, y bien sabida es la série de accidentes á que esto da lugar; por otra parte, las descripciones que de esta operacion hacen los autores (Sedillat, Vidal, Dubreil, etc.), son en la suposicion de que operando en el espacio comprendido entre las arterias tiroideas superior é inferior, se consigue el objeto, lo que como se ve restringe mucho su empleo.

"Estando el enfermo en la anestesia, acostado en un lecho estrecho, la cabeza en la extension y la cara mirando á la derecha, el cirujano, colocado á la izquierda, hace una incision desde el borde superior del cartílago tiroides hasta dos centímetros arriba de la articulacion esternoclavicular izquierda. Esta incision podrá estar adentro del borde anterior del músculo esterno cleidomastoideo, es decir, entre este músculo y la tráquea, ó sobre el borde mismo del músculo. La incision hecha un poco adelante del músculo me parece mejor. Se divide sucesivamente la piel, el tejido celular subcutáneo, el cutáneo: si se está obligado á dividir la vena yugular externa, se le seccionará entre dos ligaduras."

"Se corta en seguida el aponevrosis superficial y se llega entre los músculos que cubren la tráquea y la carótida primitiva. El operador hace llevar adentro ó afuera, segun el caso, ó bien secciona el músculo omohioideo. La tráquea apartada á un lado y el hacecillo vascular al otro, encontrará el esófago en el fondo de la herida, y lo encontrará tanto más fácilmente, cuanto que la saliente de este conducto estará exagerada por la introduccion preliminar de un catéter ó la presencia de un cuerpo extraño."

"Se abre el esófago sobre la parte lateral, á fin de no herir el nervio recurrente que está adelante."

"El esófago abierto, se hará la dilatacion por esta abertura, si se ha hecho la esofagotomía encima del estrechamiento, y despues de algunos dias se le continuará por las vías superiores. Cuando se ha dividido el esófago al nivel de la coartacion, se hará la dilatacion y se nutrirá al enfermo por las vías superiores. Si es abajo del estrechamiento donde se ha hecho la seccion, se aprovechará esta vía para alimentar al enfermo). (Dubreil. Eléments de Médecine opératoire).

Hay todavía otro inconveniente que pudiéramos llamar consecutivo, y es la necesidad que hay, para alimentar al enfermo, del uso de la sonda, instrumento á la vez penoso para el enfermo y para el cirujano. Dos opiniones existen acerca de la oportunidad de su empleo: los unos quieren se use de ella tan solo en los momentos en que se quiere alimentar al enfermo, miéntras otros pretenden dejarla como se acostumbra, despues de la uretrotomía; ya se adopte una ú otra práctica, siempre se tendrá, que el uso temporal ó per-

sistente de la sonda, ademas de lo molesto que es para el enfermo, irritará la herida, provocará contracciones independientes de la voluntad en las paredes del esófago, y retardará así la marcha regular del establecimiento de la fístula.

Prescindamos de todas estas consideraciones, y véamos qué nos dice la práctica, no olvidando que no siempre un éxito ó un revés justifican ó desacreditan una operacion cualquiera.

Unicamente de cuatro operaciones con el objeto de establecer una fístula esofagiana, se hace mencion en los tratados de cirujía; la primera practicada por Taranget, en 1786; la segunda por Watson, en 1848; la tercera por Lavacherie, en 1849; y la cuarta por Richet: solo del enfermo de Taranget se sabe que sobrevivió un año; de todos se ignora la causa de la estrechez, y solo del caso que pertenece á Richet se posee algo parecido á una descripcion del manual operatorio.

"Solo una vez me he visto en la necesidad de practicar la esofagotomía para un caso de estrechamiento infranqueable, teniendo su sitio al nivel de la segunda vertebra dorsal, y puedo decir que, aunque la operacion no ha presentado grandes dificultades, no era sin embargo *fácil* reconocer el canal alimenticio, y que no es ni en en su color rojo, ni en su forma arredondada, ménos aún en su movilidad y densidad, en lo que he podido distinguirlo de las partes que lo rodeaban. Efectivamente; por una parte la sangre que cae en una herida tan profunda como la que está uno obligado á hacer para llegar hasta él, oculta completamente la coloracion de los tejidos, y por otra parte, el esófago no es ni móvil ni denso; al contrario, está bastante fijo á la region cervical al ménos. Gracias al conductor de Vacca Berlinghieri pude cortarlo sin mucha dificultad, despues llegar hasta el estrechamiento, que pasé primero con un grueso estilete abotonado, despues con una sonda de mujer, y en fin, á la mañana siguiente, con una sonda esofagiana que dejé en permanencia."

"La presencia de la arteria tiroidea inferior, que cruza el esófago describiendo una curvatura de concavidad dirigida abajo, complica singularmente el manual operatorio cuando se está forzado á cortar el esófago lo más cerca posible de su entrada en el mediastino, como me ví obligado á hacerlo; he podido, sin embargo, evitar

abrirlo haciéndole desviar arriba por medio de una aguja de Cooper." (Richet. Loc. cit.)

Vemos que los resultados prácticos de esta operacion están léjos de destruir nuestros temores teóricos, pues ya sea por el pequeño número de casos, ya por lo mal detallados, estamos en la imposibilidad de sancionar prácticamente este procedimiento. (*)

Pasemos á examinar la Gastrostomía y véamos si sus resultados son más consoladores.

"El estómago, colocado en la parte izquierda y superior del abdómen, está inmediatamente en relacion: arriba con el diafragma, á la derecha con el hígado, á la izquierda con el bazo, abajo con el cólon transverso y las asas del intestino delgado, de las que está separado por el gran epiplon. Hácia adelante, las relaciones del estómago varian segun el estado de distension ó de vacuidad de esta vícera. En el primer caso, el cólon transverso está rechazado hácia abajo, y la pared anterior del estómago se aplica inmediatamente contra la cara posterior de las paredes abdominales y puede descender hasta abajo del ombligo. En el intervalo de las comidas, y con mayor razon cuando el estómago está privado de alimentos desde un tiempo más ó ménos largo, está hundido atrás y abajo del diafragma, y oculto ó cubierto por el lóbulo izquierdo del hígado, el cólon transverso que sube hasta el diafragma, una parte del gran epiplon y el lóbulo superior del bazo. Sin embargo, en ningun caso se podria confundir en el hombre el estómago con el cólon, aun suponiendo estos órganos retraidos y atrofiados por una inanicion prolongada. El cólon es estrecho, muy giboso y móvil en el epiplon gastrocólico, fijo á su borde superior, y el gran epiplon que continúa

(*) Recordaré una vez más que solo se trata aquí de fístulas esofagianas y no de extraccion de cuerpos extraños, pues como se comprende en este caso, aun cuando el manual operatorio sea el mismo, en todo lo demás difieren. En efecto, cuando se trata de extraer un cuerpo extraño, se recurre á la esofagotomía ya que se ha intentado inútilmente su extracion por la boca, cuando es de tal naturaleza que sería peligrosa su caida en el estómago, en una palabra, cuando no hay otro recurso. Ademas, en estos casos, quitado el cuerpo extraño, la permeabilidad del conducto se restablece, se deja cicatrizar la herida del esófago y no se está en la necesidad de alimentar al enfermo con la sonda; reduciéndose los cuidados ulteriores á una dieta severa los primeros dias y un apósito simple sobre una herida, á la que nada estorbará el que cierre.

su borde inferior. El estómago queda fijo en dos puntos: el píloro y el cárdias; es voluminoso á la izquierda, ofrece una superficie lisa y las arterias coronaria, esplénica y hepática, que costean flojamente la gran curvatura."

"Se llega fácilmente al estómago abriendo el abdómen, á lo largo de las falsas costillas, partiendo del apéndice xifoides. Solo se encuentran en esta region las anastomosis, bastante delgadas, de la epigástrica, de la mamaria y de las ramas intercostales. Los planos musculares son delgadas, con excepcion del músculo recto; pero dividiéndolo transversalmente, á dos dedos de las falsas costillas, se está muy próximo al medio de la cara anterior del estómago, y se cae inmediatamente sobre el plano aponevrótico de los músculos más profundos y sobre el peritoneo. El punto de mira más seguro, para no desviarse, nos parece ser el lóbulo izquierdo del hígado. Cuando se le ha encontrado, se sigue su superficie lateral hasta el diafragma; se encuentra el estómago bajo este músculo, y se repele con facilidad el cólon transverso hácia abajo y hácia atrás. El profesor Michel ha propuesto guiarse por el epiplon gastroesplénico, pero este punto es más profundo, más lejano y más difícil de reconocer que el lóbulo izquierdo del hígado." (Sedillot et Legouest. Traité de Médicine Opératoire. 4e édition, Paris 1870).

Aquí, á la inversa de lo que vemos en la region del cuello, hay en realidad pocos órganos de los que debamos huir; y pocos cuya herida sea tan peligrosa como en aquella; el espacio de que dispone el operador es más ámplio y por consiguiente sus maniobras más fáciles. Pero si bien en el cuello tenemos la posibilidad, consecutivamente á la esafagotomía, de la formacion de un flegmon con sus terribles consecuencias, en la region que acabamos de estudiar tenemos la seguridad más completa de provocar una peritonitis.

Este es en realidad el único, aunque terrible peligro á que se está expuesto cuando se opera en la cavidad del vientre, pues la abertura del estómago es fácil prever que si se hace en un lugar poco provisto de vasos, está exenta por sí misma de peligros. Sabemos que los mejores ejemplos de la propagacion de una inflamacion *per continuitatem* nos son ofrecidas por las serosas; sabemos la imposibilidad en que estamos actualmente de prever, en un caso dado, en qué límites se contendrá una inflamacion que ha nacido en una

serosa cualquiera; pero sabemos tambien que cuando esta inflamacion está contenida en ciertos límites, no es absolutamente peligrosa, y que de todas las serosas aquella en que más frecuentemente se limitan las inflamaciones, es el peritoneo. Penetremos, pues, un poco más en este estudio y véamos si siempre ó casi siempre podemos esperar que la inflamacion se circunscribirá al menor espacio posible, é interroguemos para esto los hechos patológicos análogos y, puesto que en este caso es posible, la experimentacion.

Los primeros hechos que se nos presentan como análogos, son las heridas penetrantes de abdómen con herida del estómago, aun cuando como se comprende estén lejos de ofrecer las mismas probabilidades de curacion que la Gastrostomía, puesto que en un caso se trata de un traumatismo ciego, con instrumentos nada apropiados, y en condiciones las más veces nocivas á la curacion; miéntras que en el otro, el traumatismo es bien dirigido, con buenos instrumentos y en condiciones conocidas. Sedillot, en su Memoria sobre la Gastrostomía, menciona más de veinte casos de heridas penetrantes de vientre con lesion del estómago, seguidas de curacion; Percy, Laroche, Cartenat y Pasteur, poseen tambien ejemplos de curacion de estas heridas.

Esto demuestra, desde luego, la posibilidad de circunscripcion de la peritonitis, único medio de curacion, lo cual, si en verdad por sí solo es poco, aparece más interesante todavía si se reflexiona que en todos los casos en que el enfermo curó, las materias contenidas en el estómago no habian caido en el peritoneo. Conocemos tambien lo peligroso que es en las heridas de intestino, la salida de las materias contenidas en él; peligro que ha hecho establecer la regla, en caso de herida y salida del intestino, de no reducir éste ántes de haber practicado la sutura, y sabemos que no son raras las heridas intestinales seguidas de curacion. De aquí una primera regla de conducta para el éxito de la operacion, cuyo estudio venimos haciendo: evitar el paso de las materias contenidas en el estómago al peritoneo.

Mayor analogía que en los casos precedentes se ve, á no dudar, en aquellos en que el cirujano mismo ha abierto la cavidad del vientre, para ir en busca de un tumor ó un cuerpo extraño; aquí, en efecto, el instrumento va guiado por una mano experta y por un

conocimiento exacto de los órganos que va á herir. Al examinar estos casos, se presenta desde luego la Gastrotomía, cuyo objeto, como se sabe, es la incision de las paredes estomacales con el fin de retirar cuerpos extraños, operacion que como se ve, presenta la mayor semejanza con la Gastrostomía, difiriendo tan solo en que en la primera, una vez sacado el cuerpo extraño, se cierra por sutura el estómago, si ántes no se han creado adherencias á la pared abdominal (un caso de Labbé), y en la segunda se impide que dicha herida cierre. Existen 10 casos de Gastrotomía, á los que hay que añadir el de Labbé, y todos seguidos de éxito.

La ovariotomía nos presenta otra série de hechos, en los cuales, como en la Gastrostomía, se opera en la cavidad peritoneal y se está expuesto á las mismas consecuencias, tal vez con mayor seguridad ó al ménos con más probabilidades, puesto que el traumatismo es mayor. En esta operacion, lo mismo que en la Gastrotomía y en las heridas de estómago é intestino, toda la preocupacion del cirujano consiste en evitar la caida de materias extrañas en el peritoneo, llegando á veces el celo por este precepto hasta un grado increible, como en el famoso caso de Kœberlé. Un período de oscuridad de más de 70 años (1781 á 1857) y una desaprobacion severa por parte de la academia francesa, han sido la primera recompensa de una operacion que hoy cuenta con estadísticas como la de Thomas (1638 casos), y Spincer Wels (250), y un 70 por 100 de éxitos.

El establecimiento del ano artificial es otra de aquellas operaciones que presentan analogía con la Gastrostomía; existen, en efecto, los mismos peligros: herida del peritoneo y salida de las materias contenidas en el intestino. La estadística de Gunther, la más numerosa, consta de 76 operaciones, en las cuales los éxitos y los reveses son casi iguales.

Pero donde inconcusamente es mayor la analogía, es en el establecimiento de fístulas gástricas en los animales; conocidos son los estudios que existen sobre la digestion estomacal por medio de estas fístulas producidas á voluntad en los perros, y sabido es tambien la facilidad que tienen aquellos que se han dedicado á esto para lograr el éxito de esta operacion.

Una cuestion nos falta que resolver ántes de examinar los resultados prácticos de la Gastrostomía en el hombre, y es la alimen-

tacion por esta nueva vía. Sedillot (Contribuciones á la Cirujía) ha reunido once observaciones de fístula gástrica, sobrevenidas por diversos motivos, y en todas ellas los individuos se conservaban bien, datando algunas de estas fístulas de más de 10 años. Desgraciadamente en todos los casos el esófago estaba en buen estado, y por consiguiente, por él llegaban los alimentos al estómago; sin embargo, las experiencias sobre los perros, á los que se puede nutrir exclusivamente por la fístula, la consideracion que ya hemos hecho de que el esófago es solo un órgano destinado á conducir, y de ninguna manera á modificar, eran en mi concepto datos más que suficientes para esperar que la alimentacion por este medio seria fácil en el hombre. Hoy por fortuna el operado de Verneuil nos suministra una prueba de lo que decimos; solo por la fístula es por donde se alimenta, y no solo no ha desmejorado su nutricion, sino que ha aumentado.

Si se medita bien todo lo anterior, se tiene forzosamente que admitir que la operacion de la Gastrostomía en el hombre es de un éxito no solo posible sino probable, puesto que como hemos visto, consiste en un manual operatorio bien sencillo, practicado en una region de las más pobres en órganos delicados. Véamos si la práctica confirma estas ideas.

Una estadística de veintidos operaciones, consignada en la última edicion de la Medicina Operatoria de Malgaigne, á la que debemos agregar una Gastrostomía practicada en Julio de 1876, y otra que pertenece á los Sres. Montes de Oca y Liceaga y ejecutada en el presente año (1877), nos da un total de veinticuatro operaciones, en las que tan solo ha habido un caso de éxito, el de Verneuil.

¿Por qué esta diferencia tan grande entre la teoría y la práctica de una operacion tan sencilla? Desgraciadamente me faltan los datos necesarios para hacer el análisis detallado de todas y cada una de las observaciones que acabo de mencionar; pero tal vez lo que pueda decir de las que me son más conocidas sea aplicable á otras muchas.

De las dos observaciones de Sedillot, consignadas en sus Contribuciones á la Cirujía, en la primera se ve manifiestamente la ninguna influencia que tuvo la operacion en la rápida terminacion del enfermo; hemos visto en efecto, que el peligro á que se está abocado

al practicar la operacion, es la peritonitis; ahora bien, en el caso á que me refiero, ni la manera con que se apagó la vida del enfermo, ni la cuidadosa auptosia que despues se hizo, revelaron nada que pudiera asemejarse ni remotamente á la peritonitis. No debe considerarse, por consiguiente, este revés como dependiente de la operacion.

En la segunda observacion, el enfermo murió realmente de una peritonitis generalizada, como lo demostró la auptosia. Mr. Sedillot atribuye, tal vez con razon, la aparicion de la inflamacion no á la operacion misma, sino á la constitucion médica reinante; se apoya para creer esto, en primer lugar, en su tardía aparicion (6 dias), y en segundo lugar, en la facilidad con que en esa época tomaban todas las heridas, por insignificantes que fueran, el carácter fagedénico. Supongamos que Sedillot se equivoca: ¿no bastaria para explicar la peritonitis, la desgarradura que se hizo de los puntos de sutura que fijaban el estómago á las paredes abdominales y la necesidad en que se estuvo de ir nuevamente en busca de él? y si esto no fuera suficiente, ¿no lo seria la aplicacion en un lugar inflamado de las pinzas que se dejaron en la herida? Hé aquí otro revés en el cual, sin preocupacion ninguna, no se puede referir á la operacion.

El tercer caso es el que pertenece á los Sres. Montes de Oca y Liceaga, y cuya observacion, cuidadosamente recogida por el Sr. Macías, puede verse al fin de este trabajo. En ella, ménos que en las dos de Sedillot, puede atribuirse la terminacion fatal á la operacion; su simple lectura bastará por sí sola para convencer de esto aun á los más incrédulos.

La operacion de la Gastrostomía está léjos ciertamente de ser una operacion enteramente constituida, su manual operatorio puede decirse que ha variado con cada caso en que se ha practicado, motivado esto seguramente por la falta de éxitos completos; pero no es ciertamente la única operacion en que esto ha sucedido, y para no citar más que una, recordaré que la ovariotomía en su principio, ha estado en peores condiciones que la Gastrostomía. Hay, pues, que esperar á que el número de casos sea suficiente y á que el manual operatorio acabe de uniformarse para poder dar un juicio definitivo sobre ella. Por ahora debemos, en mi concepto, no solo conservarla como un último recurso posible contra los estrechamientos

esofagianos, sino como un medio probable por hoy, más tarde seguro, de prolongar la vida de estos enfermos.

OBSERVACION.

En el mes de Enero del presente año (1877), fué llamado el Sr. Montes de Oca para hacerse cargo de la curacion de un enfermo, llamado Andrés Ramirez, á quien se le habia diagnosticado por algun médico, Tifo. El enfermo era un jóven como de 26 años, de una constitucion mediana, llevando en los órganos genitales la huella de un chancro duro, con los ganglios inguinales formando una pléyade perfecta, un infarto característico en los posteriores del cuello y numerosas sifílides en vía de diseccacion en toda la piel.

Despues de un exámen minucioso, se le diagnosticó por dicho señor, Tifósis, instituyéndolo por consiguiente como tratamiento el yoduro de potasio á dósis alta y creciente. Bajo la influencia de esta medicacion, el estado tifoideo se disipó en muy pocos dias.

Cinco meses despues se presentó el mismo enfermo á la consulta del mencionado profesor, acusando perturbaciones de otro género. Su respiracion era difícil y ruidosa en sumo grado; sus ojos salientes indicaban la continuidad de los esfuerzos á que se entregaba para respirar, el tinte un poco amoratado de la cara patentizaba la imperfeccion de la hematosis; decia no poder deglutir sino con mucha pena y trabajo, pues necesitaba masticar muy largo tiempo para conseguir que pasase algo sólido á su estómago. Examinando la garganta, se notaba desde luego que la faringe habia desaparecido por completo, siendo sustituida por un tabique formado de tejido cicatricial, que de la insercion palatina del velo del paladar, se extendia casi perpendicularmente á la base de la lengua. En este tabique se veian dos orificios, uno superior, como de medio centímetro de diámetro, que comunicaba con las fosas nasales, y otro inferior, más pequeño, que conducia al esófago y la laringe.

Indudablemente esta atresia de la faringe, esta diminucion tan notable en las dimensiones del canal comun al aire y los alimentos, explicaba la perturbacion observada en las funciones respiratoria y de deglucion, la intervencion quirúrgica era indudable; pero ¿qué camino seguir? ¿Se debia atacar el estrechamiento mismo? No era

prudente, porque durante la operacion podia cerrarse el pequeño conducto del aire y dar la muerte al enfermo.

La traqueatomía era, pues, la indicacion del momento; se practicó en los primeros dias del mes de Mayo sin el menor contratiempo. Pero las dificultades para deglutir aumentaban, los sólidos rehusaban absolutamente pasar, y los líquidos, en lugar de seguir su camino por el esófago, retrocedian por las fosas nasales. Teniendo en cuenta estas dificultades, se pensó en ampliar el conducto haciendo la incision de los estrechamientos, y se puso en práctica en los últimos dias del mes de Mayo.

Cloroformado el enfermo por su cánula, y sirviendo el dedo índice de la mano izquierda de conductor, se llevó un bísturi apropiado sobre el estrechamiento inferior y se comenzó á dividirlo; pero muy pronto se tuvo la conviccion de que seria inútil todo lo que se hiciera sobre él; su extension y su consistencia, casi cartilaginosa, no dejaban esperanza alguna de abrir por ahí un paso á los alimentos; en consecuencia, se suspendieron las maniobras.

Como era de esperarse, la inflamacion se apoderó de los tejidos divididos, la exígua luz del canal desapareció por completo, y desde entónces fué imposible que pasara ni una sola gota de líquido al estómago. La situacion del enfermo llegó á ser desesperada, pues estaba condenado á morir de inanicion, pues la alimentacion por el recto era insuficiente.

En estas circunstancias pensó el Sr. Montes de Oca en los dos únicos medios que ofrecian una esperanza salvadora: la esofagotomía (externa) y la gastrostomía. Despues de consultar con el Sr. Liceaga y otros profesores, se convino en que la gastrostomía era la operacion indicada en este caso; se puso al enfermo y su familia en conocimiento de lo que podian esperar de este recurso quirúrgico, y se obtuvo su consentimiento.

En la mañana del 4 de Junio, en presencia de gran número de profesores y estudiantes de todos los cursos, el Sr. Montes de Oca, ayudado por los Sres. Liceaga, Vértiz y Egea, procedió á operar.

La incision de la piel fué hecha dos centímetros y medio adentro del borde de los cartílagos costales del lado izquierdo, en una extension de diez centímetros, teniendo por límite inferior una línea horizontal que pasaria por la primera falsa costilla. A medida

que los tejidos eran más profundos, la incision fué ménos extensa, hasta encontrarse reducida á la mitad al dividir el peritoneo. La hemorragia suministrada por pequeños vasos, fué contenida por la aplicacion de algunas pinzas de forcipresura.

Abierta la cavidad del vientre, cuando todo escurrimiento sanguíneo hubo cesado, se buscó con el dedo índice el estómago. No se tardó en encontrarlo, pues por fortuna el colon transverso contenia algunas materias fecales endurecidas, y sus bocaladuras, perfectamente marcadas, quitaban todo motivo de confusion. Por medio de un tenáculo se llevó afuera el mencionado órgano, que no salió solo sino que arrastró consigo una gran parte de epiploon, que, como se convino, fué ligado. Inmediatamente se procedió á fijar con puntas de sutura la parte anterior del estómago á la herida, lo que se hizo por medio de una aguja *[illegible]*, con la que se pasaron siete hilos metálicos que fueron asegurados por su torsion sobre tubos de Galli. Fijada ya perfectamente la víscera, se discutió si la incision deberia hacerse desde luego ó hasta que se hubiesen establecido adherencias; habiendo optado por lo primero, se cortó la pared estomacal en una extension como de 0.m 05, y se colocó y fijó una sonda inglesa enteramente flexible. Terminada la operacion, se colocó al enfermo en un lugar conveniente, y se organizó un grupo de estudiantes de manera que constantemente hubiera quien vigilara y observara al operado.

La alimentacion comenzó á hacerse esa misma tarde, inyectando por la sonda cantidades moderadas de consomé y de leche, que fueron perfectamente toleradas.

Durante la noche, el enfermo se quejó de fuertes dolores en el sitio de la operacion, que se calmaron con una lavativa de 9 gotas de láudano y una inyeccion de [illegible] grano de morfina, administrada dos horas despues.

Junio 5.—*Por la mañana.*—El estado general del enfermo es bueno, el pulso late 76 veces por minuto, hay 35 respiraciones en el mismo tiempo, y el termómetro marca 38° de temperatura. La fístula en un estado satisfactorio; continúa la alimentacion con leche y consomé.

Por la tarde.— El cuadro ha cambiado: el enfermo está inquieto, acusa un dolor agudo en el costado izquierdo, respiracion de 48 á

60, pulso á 100, temperatura 39,° 3. Auscultado por el Sr. Montes de Oca, se encuentran los signos de una pleuresia no muy extensa, y desde luego ordena se ponga un vejigatorio al nivel de la flogósis y prescribe friegas de pomada mercurial hasta tocar la encía.

JUNIO 6.—*Por la mañana.*—La temperatura, á 38°; pulso, á 88; respiracion, 38; el dolor en el costado ha desaparecido, la inquietud del enfermo ha disminuido, no le satisfacen los alimentos que se le dan y dice que desea mascar algo. Se sigue la misma alimentacion.

Por la tarde.—Pulso, 88; temperatura, 38,° 5; respiracion, 42. La noche es mala; sigue la inquietud; se queja de cansancio por el dicubitus dorsal; de vez en cuando hay subdelirio. Se le pone una inyeccion hipodérmica de ½ grano de morfina, con lo que se consigue hacerlo caer en un sueño soporoso.

JUNIO 7.—*Mañana.*—Temperatura, á 39,° 3; pulso, pequeño y filiforme, 108; respiracion, 68, entrecortada y sin ritmo. Sobreviene un hipo tenaz, la fisonomía del enfermo está descompuesta. Sigue la misma alimentacion, pero en mayor cantidad.

Tarde.—Estado general deplorable, apénas se siente el pulso de la radial, las extremidades comienzan á enfriarse, el hipo, casi contínuo, solo se suspende por algun tiempo cuando se hace llegar por la sonda al estómago, vino de Champagne.

JUNIO 8.—Muere el enfermo á las ocho de la mañana.

Autopsia á las veintidos horas despues de la muerte.

Aspecto exterior.—Se notaba aún la rigidez cadavérica. Meteorismo ligero. Enflaquecimiento poco notable. Buen aspecto de la herida abdominal.

Abdómen.—Levantada la pared del vientre, se encontró el cólon desviado hácia atrás y cubierto por las asas del intestino delgado ligeramente congestionado. Alrededor de la herida, el peritoneo parietal estaba ligeramente inyectado; pero ni en éste, ni en ningun otro punto de la serosa, tanto parietal como viceral, se encontró vestigio alguno de inflamacion ó exudacion. Con el objeto de estudiar mejor la herida, así como los órganos interesados, se cortó la pared alrededor de la fístula gástrica, prévia ligadura del esófago y el duodeno. Abierto el estómago, más pequeño que al estado normal y escaso de sustancias alimenticias, dejaba percibir una con-

gestion puntuada y arborizada que al nivel del cardías, donde era más pronunciada, comunicaba un color negruzco á la mucosa, cuyas glándulas, á ese nivel, estaban notablemente hipertrofiadas. Cerca de la fístula, la mucosa estaba normal. La superficie peritoneal del ventrículo, estaba adherida á la pared abdominal, tomando parte en las adherencias el gran epiplon.

Torax.—Los lóbulos inferior y medio, así como una parte del superior del pulmon derecho, eran sitio de una fuerte congestion y contrastaban con el pulmon izquierdo, en el que solo se encontraba congestion hipostática y uno que otro núcleo de congestion análoga á la del lado opuesto. Ligeras natas de exudacion pleural cubrian la parte anterior é inferior del pulmon izquierdo.

Tráquea.—El orificio que daba paso á la cánula dejaba percibir la mucosa traqueal de color negruzco, del que participaban los tejidos circunvecinos.

Boca.—Quitado el piso de la boca por medio de una incision que seguia el borde interior del maxilar y comprendia todas las partes blandas, se pusieron á la vista las bridas cicatriciales que estrechaban la faringe. Para observar mejor las relaciones de la base de la lengua con la faringe y con las bridas, se cortaron estas últimas y se llevó la incision sobre la faringe hasta la columna, lo que permitió encontrar entre la base de la lengua y el tejido inodular una pequeña abertura de cuatro milímetros de diámetro, único punto de comunicacion de la laringe y del estómago con la boca.

